

UniCEUB  
CURSO DE ENFERMAGEM

**JOÃO PAULO FERREIRA DE LIMA**

**O Enfermeiro e o Paciente Oncológico**

**BRASÍLIA – DF  
2009**

**UniCEUB**  
**Curso de Enfermagem**

**JOÃO PAULO FERREIRA DE LIMA**

Monografia apresentada,  
requisito para conclusão do  
curso de enfermagem do  
Centro Universitário de  
Brasília-  
UniCEUB.Orientadora.Msc.  
Fátima Aparecida Cardoso.

**Brasília –DF**  
**2009**

## **O ENFERMEIRO E O PACIENTE ONCOLÓGICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
a Faculdade de Ciências da Educação e  
Saúde do UniCEUB, requisito para  
Obtenção da graduação de Enfermagem.

Brasília 07 de Maio de 2009

JOÃO PAULO FERREIRA DE LIMA

Aprovado:

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Fátima Aparecida Cardoso - UniCEUB  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Rosângela Garcia Jaramilo - UniCEUB  
Examinadora

---

Prof. Henry Maia Peixoto - UniCEUB  
Examinador

BRASÍLIA –DF

2009

## Dedicatória

Dedico esse trabalho a todos os enfermeiros que busca prestar uma assistência humanizada.

E a todos que assim como eu tem dificuldade para elaborar ou desenvolver um trabalho.

Dedico esse trabalho aos meus tios Onairam Mariano e Waldir Pugliese, inspiradores para a confecção desse trabalho.

## Agradecimento

*A minha mãe, a qual sem apoio e dedicação não seria possível a conclusão da mesma.*

*Ao meu pai, pelo seu apoio, incentivo e preocupação para a confecção do trabalho.*

*A minha orientadora, professora e mestra Fatima Aparecida Cardoso, pelo conhecimento transmitido atenção, e incentivo.*

*A Enfermeira Alessiane, pelos conselhos, e pela ajuda na confecção desse trabalho.*

*A meu irmão, que mesmo longe me ajudou, ajuda e sempre ajudara.*

*A minhas colegas de sala as quais me apoiaram e incentivaram para que nunca desistisse.*

*A minhas irmãs, por compreenderem e terem paciência, por usar o computador horas ininterrupta.*

*À minha família, pela paciência, compreensão e conforto, nesse momento tão delicado.*

## Resumo

Este trabalho tem o objetivo de dissertar sobre o enfermeiro e o paciente oncológico, a importância da família para o mesmo, e mostrar um atendimento humanizado para com o mesmo. O presente estudo foi desenvolvido utilizando o método de pesquisa bibliográfica descritiva, o mesmo foi realizado de agosto de 2008 à maio de 2009. O primeiro a usar a palavra “Carcinos” e definir o Câncer como doença de mau prognóstico foi Hipócrates em 500 a.C. na Grécia, e por isso sempre que um paciente recebe um diagnóstico ou recebe a suspeita de estar com Câncer, reage com um medo e desespero. A origem do Câncer coincide com a própria história do homem, e a doença está fortemente relacionada a seus hábitos de vida, cultura e exposição temporal a fatores ambientais. Nos tempos atuais, ao chegar a uma instituição hospitalar para receber um tratamento, o paciente não pretende permanecer por muito tempo, ou seja prefere ficar em casa, entretanto é inevitável a internação, e para que o paciente possa sentir-se mais confortável, deve-se existir uma assistência humanizada para com ele, durante sua estadia no hospital, afim de que esse possa sentir-se confortado, e acolhido pelo enfermeiro. Para o paciente oncológico, nada melhor do que sua família para que ele possa se sentir seguro, e confortado, a família é o núcleo onde o ser humano inicializa sua vida social e cria vínculos, de lealdade, e amizade, é a instituição que o apóia sempre sem nunca o julgar. Mas a família sempre está preparada para tudo, ao receber a notícia ou diagnóstico de que um de seus integrantes está com Câncer, essa se abala e é um choque, pois imediatamente com a notícia sempre vem o medo, da morte o receio dos tratamentos e o receio de não conseguir ajudar o ente querido, e assim é que nesse contexto entra o Enfermeiro, profissional da área de saúde, capacitado para acolher, acompanhar, tratar e passar conhecimento não só ao paciente mas também aos seus familiares. O enfermeiro é o profissional da saúde, que passa a maior parte do tratamento junto com o paciente, pois é quem administra e intervém nas reações adversas causadas pelos medicamentos. E assim fica evidente que o enfermeiro tem o papel não só de cuidar, mas de acolher e formar um elo de amizade entre ele o paciente, para que juntos ambos possam trabalhar de forma a um ajudar o outro.

Palavras-Chaves: Câncer, Humanização, Família, Enfermeiro.

## **Abstract**

This work aims to expatiate on the oncology nurse and patient, the importance of family to it, and show a humanized care for the same. The study was conducted from August 2008 to May 2009. The first to use the word "Carcina" and set the cancer as a disease of poor prognosis was Hipocrates in 500 BC in Greece, so when a patient receives a diagnosis or receiving the suspicion of being with cancer, reacts with fear and despair. The origin of cancer coincides with the history of man, and the disease is strongly related to their habits of life, culture and the exposure time ambientais. Nos factors present time, to get to a hospital to receive treatment, the patient does not want to stay for a long time, or prefer to stay at home, however the hospital is unavoidable, and for which the patient may feel comfortable but it must be humanized assistance to him during his stay in hospital, so that this can feel comforted, and accepted by the patient enfermeiro. Para cancer, nothing better than his family so he can feel safe and comforted, the family is the core where the human being starts his life and creates links of loyalty and friendship, is the institution that supports the ever never julgar. Mas the family always prepared for everything, or to receive the news that a diagnosis of its members with this cancer, it shakes and it is a shock, because immediately the news is always the fear of death, fear of treatment and fear of failing to help the loved one, and it is this context that enter the nurse, the occupational health, able to host, monitor, treatment and knowledge pass not only the patient but also to their familiares. O nurse is the health professional, who spends most of the treatment with the patient, it is who manages and operates the adverse reactions caused by medicamentos. E is well clear that the nurse has the role not only to care but to welcome and form a bond of friendship between him the patient so that both can work together in order to help one another.

**Keywords:** Cancer, Humanization, Family, Nurse.

## **LISTA DE SIGLAS**

INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro



## Sumário

<b>1. Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Justificativa.....</b>	<b>15</b>
<b>3. Objetivo.....</b>	<b>17</b>
3.1.    Objetivo geral.....	17
3.2.    Objetivos específicos.....	17
<b>4. Material e</b>	
<b>Métodologia.....</b>	<b>18</b>
4.1.    Pesquisa.....	18
4.2.    Coleta de dados.....	18
4.3.    Critérios para o levantamento.....	19
4.4.    Período.....	19
<b>5. Referencial Teórico.....</b>	<b>20</b>
5.1.    O Câncer.....	20
5.2.    Humanização em Câncer.....	24
5.3.    Importância da família.....	27
5.4.    O papel do enfermeiro frente ao paciente oncológico.....	30
<b>6. Considerações</b>	
<b>Finais.....</b>	<b>38</b>
 <b>Referências</b>	
<b>Bibliográficas.....</b>	<b>40</b>

## 1. Introdução

O objetivo desse trabalho é identificar na literatura a ação do enfermeiro frente ao paciente com câncer a partir de uma prática humanizada.

O processo de Adoecer, e o surgimento do Câncer, dependem da intensidade e duração a exposição das células humanas aos agentes que podem desencadear a doença. Ou seja, em nível celular o Câncer envolve desordem da regulação da celular (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

Na atualidade cerca de 20 milhões de pessoas sofrem de algum tipo de Câncer, e a previsão para 2020 é de que surgira cerca de 30 milhões de pessoas portadoras de Câncer em todo o mundo (*COSTA et. al.* 2006).

Nessa direção, estima-se que em todo mundo 18 milhões de pessoas receberão o diagnóstico de Câncer nos próximos anos (PESSINE, 2004).

O processo de humanização na assistência ao paciente oncológico é um tema que caminha em consonância com o avanço no tratamento da doença (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

E com essa preocupação, os profissionais de saúde acabam por procurar e trazer um cuidado, para pessoas com câncer, humanizado, centrado na pessoa, livre de discriminações. Assim o tratamento que daria a qualquer um, independentemente de sua raça, sua cor ou sua classe social é o norte do cuidado, da atenção humanizada (PESSINI, 2004).

Humanizar é a preocupação e compreensão do ser humano para com o seu próximo, entendimento esse evidenciado em todos os campos do conhecimento. Nesse sentido, os profissionais da saúde buscam em suas ações técnico-científico, também valores qualitativos presente em toda a vida humana relacionada ao significado atribuído por quem as vivência (BETTINELLI, 2003).

Deslandes (2006 pag.416) caracteriza humanizar sendo: “um compromisso das tecnociência da saúde” e enfatiza que “a humanização passa pela radicalidade democrática do bem comum”.

Mohallen & Rodrigues (2007) afirma que para existir ou acontecer uma assistência humanizada o enfermeiro deve ter a habilidade de entender as necessidades do paciente quando este se comunicar verbalmente, e o entender também quando ele não se comunica verbalmente.

Acredita-se que a família é quem, mas apóia e acompanha o paciente oncológico em todo o processo, desde seu diagnóstico até sua cura, quando possível, ou em situações extremas o óbito, e é ela que fica sempre ao lado do paciente nos momentos de dificuldade e dando apoio e suporte as necessidades e às vezes esquecendo-se de sua própria vida (COSTA *et. al.*, 2006).

Assim a família é quem acaba assumindo os cuidados de seus entes com câncer, é quem divide as angustias, tristezas, anseios, medos e felicidades, nos casos em que há cura, mas quando a família não é suficiente ou não tem a base científica suficiente para dar apoio ao paciente, entra a enfermagem (SALES *et. Al.*, 2007).

O enfermeiro como profissional da saúde, que esta, mas próximo ao paciente é quem o apóia e auxilia, ele e a família a fim de fortalecer a convivência familiar (COSTA *et. al.* 2006).

A família de um paciente oncológico, é quem lhe dar assistência e esta sempre ao seu lado, mas essa nem sempre tem o suporte necessário para agüentar as conseqüências que são herdadas da doença, e nessa hora é que entra o enfermeiro como o grande suporte as necessidades do paciente (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

E assim, quando a família se torna insuficiente nas questões de tratamento ou quando a mesma precisa de base para suportar os problemas e dificuldades advindas da doença, como crises de dor, ou as reações adversas advinda da quimioterapia, surge a enfermagem, quem apóia não só o paciente mas também à família, a qual acaba por ser esquecida em sua dor, (COSTA *et. Al.*, 2006).

Além desse apoio, há os cuidados referente à medicação alimentação e alívio de dor, a enfermagem também atua nas questões dos cuidados referente aos tratamentos quimioterápicos e radioterápicos (SILVA 1999).

O enfermeiro quando cuida de pacientes oncológicos acaba por adquirir novos conhecimentos, pois tendem a torna-se um profissional sensível a dor do outro, já que os pacientes ao procurarem o serviço médico, chegam com medo da morte, e é nesse ponto que a função do (a) enfermeiro (a) ultrapassa a de administrar as drogas e passa a de entender e ajudar o paciente a superar a situação vigente (SOUZA *et. al.*,2007).

O diagnóstico de câncer é um choque brutal e freqüente, devido à ameaça da morte iminente, e que pode desencadear no paciente e em seus familiares sérias reações e sentimentos, assim é importante o diagnóstico e o início do tratamento quanto antes para minimizar os efeitos da quimioterapia (COSTA & LIMA 2002).

Souza *et. al.* (2003, pag.5) Afirma: “Por tanto é muito importante que sentimentos de confiança e amizades sejam suscitados nos clientes a fim de diminuir o estresse e a depressão emergidos pela realidade da doença”

Essa confiança e amizade que deve ser suscitada entre profissional e paciente e seus familiares, para que possa prestar uma assistência melhor, serve como ponto de partida para, os cuidados paliativos prestado aos pacientes oncológico (SILVA e HORTALE),mas são cuidados reconhecidos pelo OMS.

Esses cuidados paliativos segundo Santos & Pagliuca & Fernandes(2007) foi conceituado pela OMS, em 1990 como:

*Medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam uma doença terminal, por meio da prevenção e alívio do sofrimento com identificação precoce, avaliação correta tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (OMS 1999).*

A intervenção, do profissional de enfermagem, nos problemas físicos, pode ser advindo de uma reação adversa devida a medicação ou tratamento quimioterápicos, ou radioterápicos, e que novamente entra o enfermeiro como individuo que auxiliará o paciente e seus familiares sobre como proceder ou ser hábil para prestar auxilio imediato diante da ocorrência desses efeitos (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

Pelo fato de o tratamento ser muito agressivo acaba por não só afetar as células neoplásicas, mas também celular normais do corpo, e que como

consequência desse agressivo tratamento causa, as reações nos indivíduos que a ela utiliza (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

Assim os efeitos que o tratamento quimioterápico causa no organismo do paciente que faz uso dele, são: êmese, diarreia, alopecia entre outros, e é o enfermeiro o profissional que está melhor preparado para dar essa assistência ao paciente (COSTA & PAGLIUCA E FERNANDES 2007).

Nem todo paciente necessita ficar internado em um hospital para que possa ser tratado, existe caso em que o este é tratado em seu domicílio, entretanto nem sempre a família está apta ou com possibilidades de oferecer o tratamento adequado, pois a família pode não estar preparada ou encontrar dificuldades múltiplas como o que fazer quando o paciente sente dor, ou quando deixar de administrar as medicações. Nessa direção ocorre muitas vezes da família acabar por se dedicar exclusivamente ao paciente oncológico e esquecer-se da sua vida (COSTA *et. al.* 2006).

Esse é um caso a se considerar a necessária ação dos *Homes cares*, ou seja, empresas que fornecem profissionais de Enfermagem, enfermeiro, para que esse possa oferecer suporte adequado ao paciente oncológico (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

Essas são algumas questões que se revelam, no dia-a-dia do cuidado com o paciente oncológico, e são fatores que promovem também sentimentos como angústia e o medo, entre outros, que acredito, podem ser, em parte, reconduzidos a partir da compreensão clara de todo o processo de adoecer e do cuidar.

Desta forma, o autor considerou importante a realização desta pesquisa que configura como uma revisão geral da ação do enfermeiro com o paciente oncológico.

Dado os indicadores epidemiológicos mundiais, sobre o aumento da patologia, assim também como as novas formas de compreender e cuidar desse paciente.

## 2. Justificativa

O câncer é um importante problema de saúde pública. Fatores como o aumento na expectativa de vida, a industrialização, a urbanização estão relacionados ao aumento do risco de desenvolvimento de câncer. Guerra *et. al.* (2005) afirma em seu estudo que no Brasil houve aumento entre os tipos de câncer associados a alto *status* socioeconômico (câncer de mama, próstata, cólon e reto) e, ao mesmo tempo, de tumores relacionados com a pobreza (câncer de colo de útero, pênis, cavidade oral e estômago).

Segundo Mohallen e Rodrigues (2007) com a urbanização e a industrialização, e a grande concentração de pessoas em grandes centros e a exposição a fatores que possam desencadear o surgimento de câncer, como a poluição ambiental, causa o aumento de pessoas com Câncer.

Os profissionais de saúde que prestam assistência a estes pacientes devem estar atentos às questões não somente do tratamento da doença, mas preocupados em prestar uma assistência integral ao paciente e sua família, uma vez que ele está inserido no contexto da família (BARACAT & FERNANDES 2002).

Segundo Tavares & Segóvia & Paula (2007), a família ao se deparar com o diagnóstico de câncer tem um grande impacto, que altera toda a sua estrutura familiar, sendo assim a enfermagem nunca deve esquecer que a família faz parte do tratamento, esta como unidade do cuidado.

Com o crescente aumento do número de pessoas que estão recebendo o diagnóstico de câncer, e considerando o papel da família na assistência a esses pacientes, o papel do profissional de enfermagem se encontra na forma de aproximar o paciente com a família e de poder oferecer um apoio nos momentos das reações positivas ou negativas e na angústia de um possível óbito. Pois é do conhecimento de todos que essa patologia carrega ainda muitos mitos, e com isso o paciente se sente angustiado perante o assunto (INCA, 2008).

Souza e Santo (2007) afirma que é tão difícil para o paciente quanto para a família enfrentar o câncer, por se tratar de uma doença que ainda mexe muito com o imaginário das pessoas, fazendo com que o doente seja alvo de preocupação, de todos os que o cercam e por despertar em seus familiares

sentimentos e reações estressantes como frustração, ansiedade, raiva, vergonha, pesar e incerteza.

Dentro desse processo de atenção e cuidados necessários ao paciente com diagnóstico de câncer, o papel do profissional de enfermagem não se restringe apenas ao papel de profissional, vai além se tornando, depois da família é claro, um elo entre não somente a família com o médico, mas também do paciente com a equipe de saúde tornando a convivência com um paciente diagnosticado com câncer mais harmonioso fazendo com que o paciente sintasse mais seguro (RECCO *et. al*).

É a partir desses referenciais que se delinea, para mim, a relevância na aproximação com o tema, o desafio de encontrar caminhos, para a atenção humanizada e competente dessa demanda na saúde, que indique uma atuação, construída tijolo por tijolo num esforço cotidiano e sistemático de ressignificação de nossas práticas profissionais diante dos problemas vividos pelos pacientes que recebem o diagnóstico de câncer.

Por fim cabe notar que a minha experiência como estagiário de enfermagem, com o pacientes da oncologia, foi um dos fatores decisivos no despertar para a temática aqui proposta para o trabalho de conclusão do curso de enfermagem. O cuidado humanizado com o paciente de câncer é de fundamental importância para a qualidade do tratamento desse paciente, mas para tanto um conhecimento sistematizado sobre o tema é necessário para uma abordagem de qualidade pelo profissional de saúde.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivos Gerais**

Identificar na literatura a ação do enfermeiro frente ao paciente com câncer e seus familiares, a partir de uma prática humanizada

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar um levantamento histórico dos cuidados em saúde da patologia;
- Correlacionar as diretrizes do Programa Humaniza - SUS com as principais demandas do paciente de oncologia apontado na literatura;
- Demonstrar a importância da Família para pacientes oncológicos.
- Demonstrar a importância do enfermeiro no cuidado ao paciente com câncer e seus familiares;



## **4.Material e Método**

### **4.1.Tipo Pesquisa**

Na confecção desse projeto, foi utilizada a técnica de Pesquisa Bibliográfica e Descritiva.

A Pesquisa Bibliográfica Descritiva, conforme Gil (2002, p. 44 e 45), é um tipo de pesquisa desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Sendo assim o autor optou pela pesquisa bibliográfica, pelas inúmeras publicações sobre o assunto, o autor utilizará material já publicado, com o intuito de conhecer melhor o assunto e aprofundar seus conhecimentos sobre a ação do (a) enfermeiro (a) frente ao paciente com câncer e seus familiares, a partir de uma prática humanizada.

O delineamento abordado é de levantamento.

## **4.2. Coletas de dados**

Para esse trabalho de conclusão de curso foram consultadas várias fontes de pesquisa, tais como: manuais, artigos e publicações periódicas nacionais, publicadas no período de 1990 à 2008 com exceção de um livro o qual é datado de 1979 .

As consultas aos artigos publicados em *sites* informatizados estão disponíveis nos endereços eletrônicos, [www.bireme.br](http://www.bireme.br), da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME); [www.scielo.br](http://www.scielo.br), da Scientific Eletronic Library Online (SCIELO); [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs), da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

## **4.3 Critérios para o levantamento**

Os critérios de inclusão foram artigos redigidos em até 20 anos atrás.

As palavras chaves utilizadas para procurar os artigos referidos acima foram: Câncer, Família, Enfermeiro, Humanização.

Foram lidos 50 artigos. E, vinte livros e duas teses de doutorado. Sendo que desses 50 artigos, dos quais quatorze tratando de família, oito sobre cuidados paliativos, três tratando de tratamento quimioterápico, 12 tratando do assunto de enfermeiros. três sobre humanização, e dez sobre câncer, quimioterapia.

## **4.4.Período**

A pesquisa bibliográfica foi realizada de agosto de 2008 à abril de 2009.

## 5. REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 O Câncer

O primeiro a descrever a palavra “Carcinos” e definir Câncer como uma doença de mau prognóstico foi Hipócrates no ano de 500 a.C., na Grécia, e assim desde essa época os pacientes reagem com medo e desespero diante o diagnóstico (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

Para Pinho (2005) a partir da invenção do microscópio por Zacharias Jansen em 1600 nos Estados Unidos tornou-se possível a compreensão da intimidade dos tecidos celulares, ampliando-se o nosso universo de conhecimentos muito além de nossa compreensão a olho nu.

Com o avanço da medicina e da ciência, sabe-se hoje que o corpo humano é formado microscopicamente por células, as quais têm uma função específica e que qualquer órgão do mais complexo ao mais simples se constitui de células, e cada célula de cada corpo tem uma função específica, assim sendo o câncer pode surgir em qualquer parte do corpo humano, já que ele surge a partir de uma má formação ou uma desordem celular (PINHO 2005).

Para Boyer *et. al.*(2000) o câncer é uma doença aonde ocorre a proliferação de células não controladas, acarretando um crescimento pré-canceroso ou canceroso.

O autor ainda ressalta que se esse crescimento não for controlado através de tratamentos ou de cirurgias, ele acarretará na morte do paciente.

De acordo com o INCA (2008), as células neoplásicas começam a se dividir rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis e assim determinando a formação de tumores que são os acúmulos dessas células.

O homem como um ser cognitivo ao longo do tempo vem procurando respostas sobre o seu corpo, em um processo contínuo de investigações complexas e múltiplas. Nesse âmbito ele vem buscando métodos de controlar ou, se possível, combater certas patologias entre elas os tumores ou popularmente chamado de câncer (BRASIL 2008).

Segundo Mirra (2005) as primeiras publicações sobre internações hospitalares de pessoas com Câncer no Brasil surgiram em Belém, Curitiba, João Pessoa, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Ribeirão Preto e datam do ano de 1940. Entretanto as publicações sobre a mortalidade datam de 1944, mas com informações referentes aos períodos 1929 a 1932 e constam no Anuário Bioestatístico do Ministério da Saúde.

Estudos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ, 2008) afirmam que 300 mil novos casos de Câncer surgem a cada ano no Brasil sendo que 1/3 vão a óbito. A doença é a segunda maior causa de morte no país, só perdendo para doenças do sistema circulatório, o estudo ainda mostra que houve um aumento de 43% nos óbitos por Câncer nas últimas décadas, a taxa de óbito aumentou , em 1979 era de 40 para 100 mil mulheres e de 60 para cada 100 mil, homens em 1990 alcançou o patamar de 60 a cada 100 mil mulheres e 80 a cada 100 mil homens.

Para Recco apud OMS (2005) onze milhões de pessoas recebem o diagnóstico de câncer atualmente e essas pessoas representam 12,5% das mortes no mundo e 16 milhões de novos casos serão encontrados até 2020.

De acordo com o INCA (2008) a estimativa para o ano de 2009 de pessoas com o diagnóstico de Câncer, de acordo com o seu sexo será de 296,120 novos casos em homens e 309,490 e novos casos em mulheres em todo o Brasil.

Mohallen & Rodrigues (2007) acrescentam que o crescimento de novos casos de câncer no Brasil deve-se aos fatores de impacto econômico e social da doença.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, OMS (2007) o câncer é responsável por 7,1 milhão de morte por ano, cerca de 12,5% do total mundial, e tende a aumentar para 15 milhões em 2020, e cerca de 60% desses casos ocorrerá em áreas menos desenvolvida do mundo.

Os óbitos por Câncer estão relacionados em primeiro lugar o Câncer de Pulmão, em segundo é o Câncer de Estômago, seguido do câncer de mama e de próstata (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

Para Oliveira & Faria (2003) câncer é uma patologia que pode começar em qualquer célula do corpo, por inúmeros motivos a maioria ainda desconhecidos, a célula perde o controle e começa a crescer sem parar.

Acrescentam os autores, que o câncer é uma doença crônica, pois sua evolução é relativamente lenta. Se diagnosticado precocemente é a mais curável das doenças crônicas.

Para o Inca (2008) o desenvolvimento de câncer em seres humanos pode se dar por motivos diferenciados que podem ser internos ou externos ao organismo, entretanto ambos estão inter-relacionados. As causas externas são relacionada ao meio ambiente e hábitos ou costumes, já os internos são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas e esta na capacidade do organismo em se defender das agressões externas.

De acordo com a Enciclopédia Britânica do Brasil (2003) encontra-se o câncer tanto no reino animal quanto no vegetal. Sendo uma maior predominante, contudo, nos seres humanos. Condições geográficas e ambientais representam uma importante relação com o câncer, seriam as exposição a produtos cancerígeno.

O fator hereditariedade também precisa ser observado. Nos casos que o Câncer de mama em mulheres, e no caso de Câncer de próstata em homens, pois hoje os médicos aconselham as mulheres que tem ou já tiveram histórico de câncer de mama na família devem procura um ginecologista para que esse as acompanhe, fazendo após os 27 anos, o auto-exame das mamas e o preventivo de câncer de colo de útero pelo menos uma vez ao ano. Os homens também que já tiveram histórico de câncer de próstata na família devem fazer o exame de toque anualmente após os 30 anos, como prevenção (INCA, 2008).

Mas cabe notar que embora esses sejam fatores importantes a serem notados na oncogênese, são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese. Um exemplo são os indivíduos portadores de retinoblastoma, que é um tumor maligno originário na membrana do olho sensível a luz, e pode ser congênito ou aparecer durante os três primeiros anos de vida pode afetar um ou os dois olhos, em 10% dos casos, apresentam história familiar deste tumor (INCA 2008).

Mesmo com todos os estudos da atualidade, a ciência ainda não encontrou um motivo ou algum fator que possa levar ao surgimento do câncer, muitos fatores diferentes estão envolvidos no desenvolvimento de neoplasias, um agente causador de câncer ou carcinógeno (químico ou físico) (FRANKS & TEICH, 1990).

Os autores acrescentam, são considerados agentes físicos causadores de câncer a radiação ultravioleta causadora de câncer de pele e os hidrocarbonetos presente em e uma série de substâncias químicas usadas na indústria da borracha são agentes químicos já identificados como relacionados as neoplasias.

Os fatores como tabagismo, hábitos alimentares, alcoolismo, hábitos sexuais, radiação solar, entre outros fatores e substâncias, assim como a hereditariedade formam um conjunto de risco para a formação do câncer, apontam os estudos científicos (ENCICLOPÉDIA BRITÂNICA DO BRASIL, 2003).

Outras substâncias causadoras de câncer são as substâncias orgânicas e inorgânicas que foram tidas como capazes de provocar o câncer em seres humanos.

Profissionais que fazem uso de substâncias potencialmente cancerígenas tendem a desenvolver o câncer mesmo já tendo parado de trabalhar com essas substâncias, como, os técnicos de radiologia, dentistas que lidam com aparelho de raios-X e especialistas que trabalham com aparelhos de energia radiante-radioscopia, radioterapia bombas de cobalto entre outras (IDEM)

## 5.2 Humanizações em Câncer

Para Mohallen e Rodrigues (2007) pacientes portadores de neoplasias, exigem uma assistência diferenciada, pois carregam, junto com a patologia o estigma da doença a incerteza de prognóstico, o medo da morte, a depressão e a ansiedade, mas também a vontade de viver.

Para Pessine (2004) Humanizar é tratar o paciente, indiferentemente dar-lhe o tratamento adequado, não levando o seu grau de instrução, ou sua classe econômica, e assim todo ser humano é igual em uma instituição de saúde.

Nessa visão humanitarista, nota-se que o paciente oncológico e seu familiar necessitam ou necessitaram de um apoio, que não se resume ao apoio de um médico, mas, sim apoio este que percorre e pode ultrapassar a barreira do profissional, o cliente e chega ao ser humano (KLIGERMAN, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (2008) a Política Nacional de Humanização (PNH) que foi instituído em 2003, a qual foi formulado a partir da sistematizações vivenciada na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNH que estados, municípios e serviços de saúde, estão implantando representam práticas de humanização nas ações e gestão com um bom resultado (BRASIL 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) a PNH tem o objetivo de efetivar os princípios do SUS, no cotidiano nas práticas de atenção e gestão, como também estimular trocas solidária entre gestores, trabalhadores e usuários.

As diretrizes para implantação da PNH são: ampliar o diálogo entre os trabalhadores, a população e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados, estimular práticas de atenção compartilhadas, adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, acrescentam Mohallen e Rodrigues (2007) humanizar a assistência de enfermagem, é trabalhar com a expectativa do paciente, com a percepção do que ele espera do cuidado, assim para isso ocorrer é importante que o enfermeiro esteja receptivo para ouvir, mas do que falar.

Segundo Prado & Santos (2008) todo o enfermo busca na instituição de saúde mais do que a cura ou alívio, ele busca preservar a vida, recuperar a saúde e conforto emocional. Coisas estas que ultrapassam os limites das técnicas dos profissionais de saúde que são importantes na garantir ou na recuperação da vontade de viver.

Essa busca por um tratamento mais humano acaba sendo “posta em conflito” pela diversidade contraditória encontrada nas instituições de saúde, onde os pacientes não passam de simples quartos ou números (PRADO & SANTOS 2008).

Pra Mohallen e Rodrigues (2007) é comum em instituições hospitalares os profissionais, de saúde, designar aos pacientes, em vez do seu nome, sua patologia, como em vez de chama-o pelo nome o chamem de: o de câncer (C.A.) de próstata é o do quarto tal.

Os autores indagam: onde fica os Paulos, as Anas, eles não tem nome, são apenas casos cirúrgicos ou casos clínicos assim, o compromisso de tornar a relação, mas humana, depende de um compromisso individual como ponto de partida. Assim o cuidado humanizado fundamenta-se em sua essência numa construção de valores morais, éticos crenças, saberes, deveres e limites da expressão verbal e não-verbal.

Para Betinelli e Warskivcz e Erdmann (2002) o enfermeiro deve ultrapassar a linha da aparência e dando um valor aos aspectos qualitativos dos fenômenos presentes na vida humana e relacionando assim o significado atribuído a eles por quem os vivencia.

Para Mohallen e Rodrigues (2007) é portanto que o enfermeiro esteja receptivo, para ouvir mas do que falar, que esteja interessado com as necessidades daquele que carece de cuidado individualizado, o que é o caso de pacientes oncológico.



Essa busca por um tratamento mais humano acaba sendo “posta em conflito” pela diversidade contraditória encontrada nas instituições de saúde, onde é possível encontrar tanto aqueles que lutam para viver e aqueles que atentam contra a própria vida (PRADO & SANTOS 2008).

Para Pessini (2004) com o avanço da tecnologia, acaba por esfriar a relação entre os seres humanos, e com isso traz uma solidão para as pessoas, e no caso dos pacientes oncológicos é maior pelos problemas que a doença trás com ela, que como exemplo a dor e as reações dos tratamentos.

Bettinelli & Easkivicz & Herdann (2003) também ressaltam a questão do avanço da tecnologia nas instituições hospitalares e no tratamento do câncer, e por assim dizer, afastar os profissionais de saúde dos pacientes.

Assim de acordo com os autores, é importante que nas instituições hospitalares os profissionais da saúde, estejam apostos a presta auxílio e apoio ao paciente e no tratamento e durante o processo da doença.

Para Leite (2002) o enfermeiro é o membro da equipe de saúde que passa a maior parte do tempo lado a lado com o paciente durante todo o processo saúde e doença, é de suma importância que o paciente oncológicos recebam uma assistência humanizada.

Para Mohallen & Rodrigues(2007) nos hospitais deve-se adaptar e tentar oferecer uma atenção humanizada, assim qualquer instituição deve, em sua filosofia ter estabelecido o respeito à prestação do cuidado a ser dispensado a pacientes oncológicos.

Pois ao iniciar o tratamento o paciente e sua família adentram em um universo com mudanças extremas em seu cotidiano, como vistas periódicas a hospitais ou clínicas para o tratamento quimioterápico, e como conclusão, afastamento do convívio com amigos (FREIRE & PETTRILLI & SONSONGO 2007).

Assim é de suma importância que o enfermeiro esteja disposto a contribuir, dando auxílio e afeto, carinho, e o que, mas o paciente precisar para que esse possa retornar a sua vida e a seu convívio social (FREIRE & PETTRILLI & SONSONGO 2007).

### 5.3 Importância da Família

O Dicionário Aurélio (2003) dá o significado de família como sendo uma união de pessoas convivendo harmoniosamente ou não em uma mesma casa, e que particularmente pode ser um pai uma mãe e o filho, ou ainda define família sendo pessoas do mesmo grupo sanguíneo.

Carvalho apud Mioto (1997) afirma que família é um núcleo de pessoas que vivem um lapso de tempo mais ou menos longo e que acreditam estar unidas (ou não) por laços consangüíneos. E assim ela tem como dever maior o cuidado e a proteção de seus membros.

Segundo Araújo & Nascimento (2004) a família é a instituição social principal que o indivíduo dá início às suas relações afetivas, cria vínculos e internaliza valores. Assim essa relação familiar representa-se de forma interligada, formando uma extensão, pois acredita-se que a experiência de uma doença como câncer lhes traz modificações no modo de pensar, sentir e agir.

O autor ainda ressalta que esse envolvimento ocorre devido à família ser a instituição social onde o indivíduo inicia sua relação afetiva, cria vínculo e internaliza valores. (ARAÚJO 2004).

Para Ross (1996, Apud Sales *et. al.*, 2007,.1) se não levarmos devidamente em conta a família do paciente oncológico, não poderemos ajudá-lo com eficácia.

Para Beltrão *et. al.* (2007) a família é considerada primeira opção de apoio já que esta compartilha de momentos difíceis e momentos de facilidades, e o paciente recebe dela palavras de conforto e atitude de solidariedade, sem que a distância constitua um obstáculo.

Para Costa *et.al.* (2006) a família se torna primeira opção de apoio não só pelo fato dessas compartilhar de todos os momentos da vida do paciente mas sim por essa ter a capacidade, e a sensibilidade de poder colocá-lo à frente do seu bem estar, ocasionando assim a abdicação de sua vida para ficar por conta do familiar oncológico.

Outro ponto ressaltado pelo autor é que essa abdicação se dar pelo fato do paciente oncológico necessitar de um atendimento e um cuidado diferenciado, quando a sua comida, horas de tomar remédio, e ainda pela necessidade de carinho pois esse está fragilizado por conta da doença.

Para Silva (2007) a família vem sendo considerada a primeira e mais importante unidade de saúde para seus membros, pois em casos de enfermidade grave, o mesmo age e reage internamente e com o contexto social em que vive, para ajudar apoiar o membro enfermo.

De acordo com a autora, existe três aspectos fundamentais para a motivação do cuidado que seriam: opção pessoa do cuidador; decisão conjunta dos familiares; ou alguns assumem o cuidado por falta de opção.

Para Costa et. al. (2006) por ela se abdicar de sua vida para cuidar do ente com neoplasia, nesse âmbito, vê a importância da família para o tratamento e o auxílio de um paciente com neoplasia, pois quem melhor do que ela conhece o paciente.

Seja a família como ela for ela é quem acaba por sofrer com a doença, talvez, mas, do que o próprio paciente, pois é quem acaba por assumir se não integralmente, pelo menos parcialmente os cuidados de seus entes queridos e acaba que por muitas vezes abnega sua própria vida para cuidá-lo, por se sentir responsável pelo paciente já que esse passa a ser dependente de algum cuidador, e que nesse âmbito esse cuidador pelo vínculo maior e acaba sendo um familiar (COSTA et. Al,2006).

Segundo Costa & Lima (2002) ao receber o diagnóstico de câncer a família é surpreendida por um choque, que é freqüente a todos que o recebem, e esse pode desencadear, nos familiares reações e sentimentos de culpa, incertezas, medo e ansiedade.

Sales et. al. (2007) afirma que o cuidar de um ente querido com neoplasia maligna vêm se tornando uma realidade no seio familiar. Nesses momentos, o grupo familiar vivencia problemas emocionais, espirituais financeiros, tendo que se adaptar às situações suscitadas pela doença.

Para Costa et. al. (2006) para um cuidado mais adequado, deve-se entender e conhecer o outro, e suas necessidades, e sendo assim quem melhor que um familiar para esse cuidado.

O autor ressalta que ter um ente da família com Câncer, em casa tendem a sobrecarregar a família, fisicamente e, sobretudo emocionalmente.

Sales *et. al.* (2007) diz que cuidar de um familiar oncológico não é assim fácil e compreensível imediatamente, mas é uma realidade enfrentada pela família dia após dia, mesmo que o cuidar não é somente buscar a cura, mas é, principalmente, procurar entender o doente em suas necessidades assistenciais prioritária e específicas no convívio com a doença.

Para Kalinke *et. al.*(2007) as sobrecargas sofridas pelos familiares com Câncer além de físicas e emocionais, descrita por Costa *et. al.*(2006), podem ser também econômica.

A autora afirma eu deve-se investir aos profissionais de saúde dos hospitais, com o intuito de transferir o conhecimento para o cuidador já no hospital, sendo parte de um planejamento de alta hospitalar.

Para Volpato & e Santos (2007) os pacientes oncológicos precisam com frequência de auxílio contínuo em sua vida diária. Com isso geralmente um dos familiares tem o encargo dessa atividade.

Para Mohallen e Rodrigues (2007) pela família estar durante todo o período da doença ao lado do paciente, esta merece uma atenção maior dos enfermeiros.

O enfermeiro deve passar incentivos da família, com o intuito da participação desta ao tratamento, a família deve estar bem informada sobre, diagnósticos tratamento e prognósticos.(MOHALLEN & RODRIGUES 2007)

Para Carvalho (2007) é indispensável, que nesse momento, o enfermeiro venha ao “socorro” desse familiar, e lembrando que para o familiar sentir-se apoiado, e dar a possibilidade de ele perceber que o seu sofrimento tem acolhimento.

E assim, para que os familiares sintam-se seguros, e capacitados, o enfermeiro deve orientá-los sobre rotinas e o que eles podem ou não fazer pelo paciente.

Para Souza & Santos (2007) ao receber o diagnóstico e a notícia de que um familiar está com Câncer e terá que receber tratamento quimioterápico,tanto o paciente quanto a família tendem a buscar apoio principalmente no enfermeiro, o qual presta assistência contínua.

#### 5.4 O papel do enfermeiro frente ao paciente oncológico

O enfermeiro é um profissional, que dedica sua vida a cuidar de pessoas, que dele precisar, não importando seu status social. A enfermagem é uma das profissões que trabalha de janeiro a janeiro, ininterruptamente, pois não existem férias coletivas, já que o hospital não pode fechar aos finais de semana (FIGUEIREDO 2003).

Para Horta (1979) o enfermeiro sendo parte integrante da equipe de saúde previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrio em equilíbrio pelo atendimento das necessidades básicas dos seres humanos.

Segundo Françoso (1996) ao saber ouvir ele mesmo e ao paciente, o enfermeiro poderá ser capaz de perceber as necessidades emergentes nas situações nas quais desenvolve à assistência com discernimento e clareza.

Para Mohallen e Rodrigues ( 2007) o enfermeiro deve estar sempre pronto para saber ouvir muito mas do que falar, pois o paciente necessita não apenas de cuidados mas de atenção, pela doença causar-lhe fragilidade, ele quer atenção, e compreensão.

Para Recco (2005) o enfermeiro deve estar pronto para dar suporte e apoio não somente ao paciente, mas também a seus familiares nas diversidades de crises físicas, emocionais, culturais e espirituais assim oferecendo um apoio desde o diagnóstico passando pelo tratamento e chegando a cura ou em casos extremos ao óbito.

Para Carvalho (2007) para dar uma assistência melhor ou de qualidade, o enfermeiro deve entender o contexto familiar.

O autor afirma que o Câncer coloca o paciente em uma condição de fragilidade devido ao próprio diagnóstico da doença.

Para Souza e Santos (2007) o enfermeiro que da Assistência a um paciente com Câncer deve ter um preparo para poder, apoiar não somente o paciente mas seus familiares também.

Em um ambiente hospitalar é o enfermeiro que passa a maior parte do tempo com o paciente e seus familiares, é quem orienta, auxilia, explica e acompanha o paciente em suas necessidades, e tem que saber lidar com o paciente, pois esses chegam ao hospital com medo o antes de chegar ao hospital só em saber ou receber o diagnóstico de câncer, já vem à idéia de

morte. Portanto, cabe observar a necessária competência dos profissionais que atuam na clínica de oncologia (SOUZA *et. al.*,2003).

Outro dado a ser notado, segundo Souza *et. al* (2003) é o fato que o paciente oncológico tem a mesma visão inicial da população a respeito do Câncer, que é a idéia que ter câncer significa necessariamente ir a óbito. O que não atende mais a realidade do prognóstico do paciente com câncer, visto que o câncer, quando diagnosticado no início do processo pode ser tratado com importantes resultados positivos para a cura. Esse medo da morte é bem presente nos pacientes, e não só os pacientes como nos familiares, e é nesse contexto que o enfermeiro tem o papel de ajudar apoiar e dar suporte aos familiares.

Para os mesmos autores, além de o paciente oncológico ter que enfrentar o peso de uma doença grave ele tem que também enfrentar o preconceito, a rejeição a solidão as alterações de imagem corporal, e muitas vezes acaba sendo o enfermeiro o único com quem o paciente possa contar, para poder desabafar, pedir ajuda e se apoiar, pois em casos onde o câncer ou qualquer outra patologia encontra-se muito avançada a família tende a passar os cuidados integrais aos profissionais de saúde, e, mas especificamente para os enfermeiros.

Assim, Para Recco *et. al.* (2005) o enfermeiro deve estar pronto para dar apoio ao paciente e a família durante todo o momento, seja em casa seja no ambiente hospitalar o cuidar de um paciente oncológico implica em conhecer não apenas a patologia, mas saber lidar com os sentimentos do paciente e com as próprias emoções perante a doença com ou sem possibilidade de cura, assim como o significado de uma internação.

O enfermeiro tem um papel fundamental, não só no que se refere as orientações, e muitos enfermeiros devem se mostrar cordiais e mostrar interesse em ajuda não só para o paciente mas para a família também (FONSECA, 2006).

Para Souza *et. al.* (2003) deve-se ter uma boa relação entre enfermeiro-paciente, e um bom respeito a alteridade devem ser implementado no cuidado. Assim só no momento que essas formas de cuidar se realizam é que torna-se possível conseguir reciprocidade de benefícios.

É oportuno notar que muitos pacientes ao suspeitarem que possa estar com Câncer, se abalam, e acabam por evitar o diagnóstico com medo relacionado aos tratamentos, os quais incluem cirurgias, radioterapia, quimioterapia, tratamento hormonal. Assim a construção de uma relação baseada na confiança e cuidado com o paciente é fundamental já nesse primeiro momento a fim de evitar o adiamento do início do tratamento (SILVA & MELO & RODRIGUES & LIMA, 1999).

Para Boyer et. al. (2000) o tratamento, mas antigo contra as neoplasias são as cirurgias e que por muito tempo foi considerada o único tratamento eficaz.

O autor diz que a cirurgia continua sendo o tratamento preferido de para muitos cânceres, entretanto hoje o mesmo é combinado com outros tratamentos como por exemplo a quimioterapia.

Quimioterapia é a utilização de drogas associadas ou não, com o intuito de destruir células neoplásicas, entretanto não tem ação específica e assim acaba por lesar células normais também (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

Para Bonassa (2001) já utilizavam de drogas quimioterápicas sob forma de sais metálicos, como o arsênico, o cobre e o chumbo, nas civilizações antigas do Egito e da Grécia.

Para Silva e Aguilar (2003) as drogas quimioterápicas atuam em nível celular, e interfere no processo de crescimento, e divisão, mas sem especificar as células tumorais das células comuns.

Outro ponto elucidado pelo autor é que o tratamento quimioterápico, pode ser oferecido em regime de internação hospitalar ou no domicílio, desde que com profissionais treinados e bem capacitados, no caso enfermeiros.

O autor ainda ressalta que os primeiros tratamentos quimioterápicos efetivos surgiram somente no final do século XX.

Quando se administra um tratamento quimioterápico, em pacientes com neoplasia, deve-se estar atento às seguintes etapas: avaliação de enfermagem; antecedendo a manipulação das drogas; o recebimento das drogas da central de preparo; administração das drogas e o termino da administração das drogas (MOHALLEN & RODRIGUES, 2007).

Pacientes sob esse tratamento além de sofrerem com as reações adversas sofrem desgaste físico, como fadiga, visitas excessivas aos hospitais,

alterações do humor, e o desgaste fisiológicos como: náuseas e vômitos e alteração na alimentação (COSTA & LIMA 2002).

Segundo Mohallen & Rodrigues (20007) outras complicações (reações adversas) no tratamento quimioterápico são: mucosite (inflamação das mucosas); mielossupressão neutropenia; mielossupressão Plaquetopenia; Mielossupressão anemia; náuseas e vômitos; diarreia e constipação; e extravasamento da medicação.

De acordo com Costa & Lima (2002) os pacientes que estão sob tratamento quimioterápico sofrem uma alteração da auto-estima, como por exemplo, uso de mascara e a alopecia, pois essas alterações acabam os colocando numa posição de isolamento, por preconceitos, em relação à doença.

Outro tratamento muito eficaz para pacientes portadores de neoplasia, e a chama radioterapia, que constitui-se, na utilização de raios ionizantes, e alta energia, que destrói a capacidade da célula cancerosa de crescer e multiplicar, algumas células são afetadas indiretamente pelos raios ou partícula ionizantes (MOHALLEN & RODRIGUES 2002).

Como na quimioterapia, a radioterapia também acaba por desencadear algumas reações adversas como: fadiga, mucosite, alopecia; náuseas e vômitos; cistite; risco para infecção relacionada à leucopenia; plaquetopenia; radiodermite; diarreia e disfunção sexual (OTTO 2007).

Para Otto (2002) tanto na quimioterapia como na radioterapia o enfermeiro deve estar atento a uma ou todas as reações adversas para que na ocorrência das mesmas seja capaz de oferecer tratamentos ou intervenções adequadas.

Segundo Mohallen e Rodrigues (2007) o câncer por muito tempo teve sua cura como improvável, no entanto com o avanço do conhecimento científico e avanços tecnológicos, pode-se observar a melhora da qualidade de vida em pacientes, cuja doença persiste e em alguns casos observar à remissão completa.

Para Lopes (2004) dentre toda a equipe de saúde de uma instituição hospitalar, o enfermeiro é o profissional mas adequado para prestar a



assistência durante o tratamento pois é quem mas passa o tempo junto com o paciente.

O Processo de alta hospitalar também que requer especial atenção. Os pacientes ao receberem essa alta e irem para seus domicílios, como toda doença grave, o câncer confronta o doente e toda sua família com o risco de morte iminente, e essa vivencia, também necessita ser trabalhada (MOHALLEN & RODRIGUES 2007).

Como o câncer é uma doença que dependendo de seu estágio ou localização pode vir a levar o paciente oncológico a óbito existe, tanto para o paciente como para o cuidador, um temor frente a possibilidade de morrer para o paciente e perder o ente querido para seu familiar. Nesse estágio os sentimentos de perda ou de morte acabam por se aflorarem e construir um estresse entre paciente e cuidador (COSTA *et. al.* 2006).

Outro aspecto a ser notado no cuidado ao paciente são os custos da saúde e os esforços para conte-los que resultam em uma maior ênfase na assistência domiciliar e em ambientes alternativos de atenção, mas é o enfermeiro que deve ser capaz de avaliar e identificar com precisão as necessidades específicas do cliente e, quando for possível a capacidade da família de assumir o papel de prestadora de cuidados (OTTO 2002).

Nessa avaliação um ponto a ser considerado, Segundo Mohallen e Rodrigues (2007) o tratamento oncológico não é motivo para que o paciente seja mantido hospitalizado, os custos relacionados ao sistema de saúde, desenvolvimento tecnológico que permite a simplificação de equipamentos, tronando-os cada vez menores e de fácil manuseio, e o interesse crescente de profissionais de saúde em atuar em âmbito domiciliar têm possibilitado que muitos pacientes continuem seu tratamento em casa.

Por outro lado, deve-se também se estar atendo, nessa avaliação, que muitos familiares, tentam buscar uma maneira de cuidar de seus entes queridos para que os mesmos não precisem ou por esses ter relatado a eles a vontade de não ser internado, e assim se esforçam em prestarem esses cuidados em seu domicílio, mas os familiares com a imensa vontade de realizar o desejo do ente acaba por muitas vezes esquecendo que este necessita de cuidados apropriados ou profissionais, e em muitos casos não conseguem suprir essa necessidade de cuidado (COSTA *et. al.* 2006).

Segundo Mohallen & Rodrigues (2007) alguns critérios devem ser adotados para que também seja efetivo o atendimento em domicílio, critérios esse que são:

Solicitação do médico do paciente, em comum acordo com paciente e família. Pacientes clinicamente estáveis que necessitam de cuidados especializados no domicílio para garantir a continuidade do cuidado. Condições adequadas da residência para receber o doente. Estabilidade familiar para cuidar do cliente.

Sales *et. al.* (2007) observa que, em visitar e escutar os doentes em seu domicílio é possível notar que os mesmos se sentem angustiados ao perceberem que sua doença traz sofrimento aos seus entes queridos; entretanto, há também um sentimento de alívio e alegria ao tê-los ao seu lado, compartilhando seu padecimento.

Para Mohallen & Rodrigues (2007) o tratamento dispensado a um paciente oncológico é de uma complexidade e de longa duração, e sendo assim envolve o enfermeiro e o paciente.

Por fim Para Otto (2002) o processo de alta, pressupõe não só uma avaliação e um levantamento minucioso, mas também planejamento e coordenação abrangentes, pois o enfermeiro deverá ser capaz de prestar sua assistência ao paciente e confortar os familiares.

Sales *et. al.* (2007) afirma que o cuidar de um ente querido com neoplasia maligna vêm se tornando uma realidade no seio familiar. Nesses momentos, o grupo familiar vivencia problemas emocionais, espirituais financeiros, tendo que se adaptar às situações suscitadas pela doença.

Segundo Carvalho (2008) dar espaço para família é importante para que ela possa ser apoiada pela enfermagem e mostrar ao paciente que ele tem uma rede de apoio e perceber que seu sofrimento tem acolhimento.

Para Linard & Amorim & Machado (2003) com criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo MS em 1994, que consiste por um médico, um enfermeiro, auxiliar de enfermagem, e assistentes sociais, pode-se começar a fazer prevenção através das famílias.

Ainda de acordo com os autores, os enfermeiros que atuam no PSF tem como dever levantar, ensinar e educar, sobre os exames preventivos para mulheres e homens.

Para Hermida (2007) o enfermeiro como profissional de saúde responsável pelos exames de prevenção de câncer de colo de útero o exame copocitológico, tem como dever, através da família ou de parentes da paciente, fazer um levantamento e ensiná-los sobre a importância do mesmo.

A autora ressalta a importância de se buscar nas famílias com casos de câncer, seus parentes de 1ª grau, para que possa ser informado da importância do exame e para que os mesmos sintam-se seguros para realizá-los.

Para Boyer *et. al.* (2006) mesmo com o avanço dos tratamentos quimioterápicos e cirúrgicos contra o Câncer, existe pacientes cujo a doença inevitavelmente se torna refratária, assim os objetivos da equipe de saúde, muda de medidas curativas para medidas apenas paliativas.

Para Silva & Hortale (2006) mesmo com o avanço da medicina, e principalmente nos últimos séculos, os cuidados em fim de vida, passam a ser realizado em ambientes impessoais, onde o paciente é cercado de pessoas estranhas, e em muitos casos com monitoramento de aparelhos eletrônicos.

Os autores ainda falam que na contramão desse processo têm-se os cuidados paliativos ou cuidados em fim de vida.

Para Silva (2007) a OMS classifica os cuidados paliativos em oncologia, como assistência integral prestada a pacientes com neoplasias em casos que o tratamento com neoplasias não são, mas eficazes, visando minimizar a dor.

Para Simoni (2003) cuidados paliativos é um termo adotado na modernidade para os cuidados em fim de vida. E um termo vinculado à morte, ritualizada nos hospitais dos grandes centro urbanos, embora não esteja necessariamente associada ao fim de vida medicalizada.

Outro ponto que vale ser ressaltado segundo autor que para o paciente em fim de vida, saber que é acompanhado com os olhos pelo enfermeiro, diminui o sentimento de solidão, essa troca de olhares entre quem cuida e quem é cuidado é de grande valor.

Para Santos (2007) o foco dos cuidados paliativos em oncologia, é alcançar o alívio da dor, dos sintomas e prestar atendimento as necessidades compreendendo as crenças, valores e necessidades individuais do paciente.

O autor ressalta ainda que os cuidados paliativos, surgiu para minimizar as carências dos pacientes sem possibilidades terapêuticas. Por isso sua adesão no atendimento do paciente oncológico é de suma importância, e ainda é uma necessidade crescente nas instituições de saúde e no domicílio.

Para Santos & Pagliuca & Fernandes (2007) o modelo de cuidados paliativos foi iniciado para suprir as carências de pacientes que não tinham possibilidade de cura, assim a adoção dos cuidados paliativos em Câncer, e de uma importância grande e tem necessidade crescente nas instituições de saúde.

Outro ponto importante que o autor ressalta é que o enfermeiro tem que desenvolver meios para providenciar cuidados de enfermagem com uma sensibilidade, que possa permitir a manutenção da saúde e o conforto com a natureza terminal da doença.

Para Santos (2007) o foco dos cuidados paliativos em oncologia, é alcançar o alívio da dor, dos sintomas e prestar atendimento as necessidades compreendendo as crenças, valores e necessidades individuais do paciente.

O autor ressalta que os cuidados paliativos, surgiu para minimizar as carências dos pacientes sem possibilidades terapêuticas. Por isso sua adesão no atendimento do paciente oncológico é de suma importância, e ainda é uma necessidade crescente nas instituições de saúde e no domicílio.

## 6. Considerações finais

Este trabalho é requisito parcial para conclusão do curso de enfermagem e foi desenvolvido a partir de referenciais teóricos que o nortearam.

O tema abordado, Identificar na literatura a ação do enfermeiro frente ao paciente com câncer e seus familiares, a partir de uma prática humanizada, foi embasado a partir levantamentos bibliográficos prévios sobre a temática e, poderia assim denominar, um certo “senso de direção” forjado na experiência de vida e como acadêmico de enfermagem.

Assim, a partir do reconhecimento da necessária produção acadêmica sobre os fatores químicos e fisiológicos, que precipitam o surgimento do câncer e as possibilidades de superação desse adoecimento é também necessário, ao se abordar o tema na sociedade humana, não se pode perder de vista o que possibilitou estarmos aqui desde os tempos mais remotos, ou seja, o essencial do humano o cuidar.

Para identificar esse cuidar, na ação do profissional de enfermagem, a Política Nacional de Humanização preconizada pelo MS, que visa tratar o paciente como ser humano e não como mas um caso hospitalar, ou um simples leito de hospital, serviu de referência para conceituar o processo do cuidado humanizado com o paciente da oncologia.

Pois por anos esses pacientes foram tratados com indiferença, em relação a doença, ou por causa das reações de indicações, as quais deixam o paciente por vezes alopecicos, ou emagrecidos, e por modificar aparências.

E para lembrar que paciente oncológico não é diferente de ninguém, e sim igual a todos e merece um tratamento que dispensaria a qualquer outro paciente seja ele um HIV positivo ou um hipertenso.

Ao trazer o cuidado humanizado para a esfera do paciente com diagnóstico de câncer e seus familiares, se fez necessário um aprofundamento no aspecto fisiológico e emocional que o paciente pode experienciar durante todo o processo desde o diagnóstico até o tratamento, assim como os desdobramentos dessa vivência no círculo familiar, os limites e as possibilidades de se contar com esses indispensáveis aliados.

Considerando que a OMS prevê, que no ano de 2009, 466,730 pessoas receberão o diagnóstico de câncer só no Brasil, nós como profissionais de saúde não podemos nos furtar do tema, seja para uma ação preventiva ou na ação de cuidados especiais para com o paciente já diagnosticado, lembrando que esse paciente pertence a todo um contexto familiar social e cultural que vai facilitar, ou não, a aceitação do diagnóstico e a adesão ao tratamento.

O câncer, como é notado por muitos autores, e podemos validar tais afirmativas em nosso cotidiano, está cercado de mitos e medos. Nós profissionais fazemos parte dessa sociedade que constrói e como tal também podemos alimentar fantasias em relação a vários processos, já explicados pela ciência, de adoecimentos, para tanto, precisamos nos munir cada dia mais de um conhecimento que esclareça, que nos habilite a desconstruir limites na luta pela vida, e certamente a ciência é o mais precioso instrumento nessa batalha contra as doenças degenerativas, mas a ciência sem o fazer humano, sem o cuidado humano, sem a criticidade humana é uma ciência vazia de sentido, promotora de solidão.

Nessa direção é que entendo o valor e o peso de uma ética baseada na atenção, no saber ouvir, na compaixão, entendida aqui como a capacidade de se colocar no lugar do outro. E é essa ética que podemos ver resgatada quando optamos por realmente adotar a frase: Gente cuidando de Gente, missão maior do profissional de enfermagem.

Em outras palavras isso implica que essa temática – a ação do enfermeiro frente ao paciente com câncer e seus familiares, a partir de uma prática humanizada – a qual não se esgota de forma alguma aqui, se faz necessário que seja cada vez mais trabalhada nos centros de formação acadêmica, e me permito falar do meu lugar de formação profissional, ou seja, nas faculdades de enfermagem.

## Referências

ARAÚJO, J.S. & NASCIMENTO, M.A.A., **Atuação da Família ao processo Saúde-Doença de um familiar com câncer de mama.** Ver.Bras. Enferm, Brasília (DF) 2005 maio/jun; 57(3): 274-8

AURÉLIO, B.H.F., **Dicionário da Língua portuguesa.**2003

BARACAT, F.F & FERNANDES, H.J. & SILVA, M.S; **Cancerologia Atual: Um Enfoque Multidisciplinar.** São Paulo- Sp Roca 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Programa Nacional de Humanização.** 2008

BELTRÃO, M.R.L.R & VASCONCELOS, M.G.L. & PONTES, C.M. & ALBUQUERQUE, M.C.A., Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. Jornal Pediátrico 2007.

BETTINELLI, L.A. & WASKIEVICZ, J. & ERDMAN, A.L. **Humanização do cuidado em ambiente hospitalar.** O Mundo da Saúde ano 27 v.27 n.2 abr./jun. 2003.

BOYER, K.L. & FORD, M.B. & JUDKINS, A.F. & LEVIN, B., **Oncologia na Clínica Geral.** Guanabara Koogan 2000 Rio de Janeiro – RJ.

BONASSA, E.M.A., **Enfermagem em Terapêutica Oncológica.** 2ª edição, Atheneu 2000. São Paulo

CARVALHO, C.S.U. **A necessária Atenção à família do Paciente Oncológico.** Revista Brasileira de Cancerologia 2008 nº54 vº 1 pagina 87-96.

COSTA, J.C. & LIMA, R.A.G., **Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem.** Rv Latino-am Enfermagem 2002 maio-junho:10(3): 31-33

COSTA, J. F. & TESTONI, R.I. & KALINKE, L.P. & VISTENTIN, A. & TUOTO, F.S. & BETTEGA, R.T.C. & BOZZA, S.M., **Uma Visão de Enfermagem sobre os cuidadores Familiares e suas Dificuldades no Cuidar Domiciliar do**

**Paciente Oncológico.** Revista Prática Hospitalar. Ano VII. N.48. novembro-dezembro 2006.

DESLANDES, S.F. Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e Práticas. FIOCRUZ. Rio de Janeiro-RJ 2006.

BARSA. **Enciclopédia Britânica do Brasil.** Volume 5 pag47. 2003.

FIGUEIREDO, N.M.A; **Práticas de Enfermagem: Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios.** São Paulo-SP Difusão Enfermagem. 2003.

FREIRE, M.C.B. & PETRILLI, A.S. & SONSOGNO, M.C., **Humanização em oncologia pediátrica: novas perspectivas na assistência ao tratamento do câncer infantil.** Set-out. 2007

FRANÇOSO, L.P.C., **Reflexões Sobre o preparo do enfermeiro na área de oncologia pediátrica.** Rv Latino-am Enfermagem-Ribeirão Preto- v.4n.3- p.42-48 – dezembro 1996.

FRANKS, L.M & TEICH. **Introdução a Biologia Celular e Molecular do Câncer.** ROCA São Paulo-SP 1990.

FONSECA, S.M. **Avaliação da Satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial.** Ver. Bras. Enferm, 2006 set-out: 59(5): 6556-60

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas. 2002.

GUERRA, M.R. & GALLO, C.V.M & MENDONÇA, G.A.S, **Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes.** Revista Brasileira de Cancerologia. n. 51. v. 3.p. 227-234. São Paulo: 2005.

HORTA, A. W. , **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

HERMIDA, P.M.V. **Caracterização dos exames de prevenção do Câncer de colo do útero no Programa Saúde da família.** 24 Julho de 2007



LINARD, A.,G & AMORIM, F.C. & MACHADO, F.A.S.; **Detecção precoce do Câncer de Mama na cidade do Crato-CE. Revista Brasileira em Promoção a Saúde.** ano 16 volume 16 nº 1-2 2003

Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa2008.Incidência do Câncer no Brasil**  
Disponível em:

[http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=7](http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=7)

Acesso em: 07 outubro 2008

\_\_\_\_\_. **O que é câncer ?** Disponível em:[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322) Acesso em: 03 outubro 2008.

\_\_\_\_\_. **O que causa o Câncer?** Disponível em:[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=81](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81) Acesso em: 03 outubro 2008.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil**  
**Disponível em:** <http://www.inca.gov.br/regpop/2003/> Acesso em: 03 outubro 2008.

\_\_\_\_\_.**Câncer no Brasil dados dos Registros de Base Populacional.**  
Disponível em: <http://www.inca.gov.br/regpop/2003/> Acesso em : 03 outubro de 2008

KALINKE.L.P. & et. al. **As Dificuldades apresentadas por cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados domiciliares: Uma visão da Enfermagem.** Estudo prospectivo qualitativo. 2006

KLINGERMAN, J., **O Desafio de se Implantar a Asssistência Onologica no SUS. Revista Brasileira de Cancerologia.** n.46. v 3. P.235-239 São Paulo: 2005.

LEITE,R.C.B.O.,A assistência de enfermagem periopertória na visão do enfermeiro e do paciente cirúrgico idoso. Tese (Doutorado).Escola de Enfermagem da universidade de São Paulo, 2002. 226p.

LOPES,J.L., Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação.Rev. Esc. Enferm. USP 2005; 39(2):220-8

MENDONÇA. F.F. & et. al. **Concepções do Enfermeiro ao cuidar de pessoas com Câncer.** Estudo descritivo. 20 à 25 de novembro de 2003.

MIRRA,A.P. **Registro de Câncer no Brasil e sua História.** São Paulo-SP 2005

MOHALLEN, A.G.C & RODRIGUES, A.B; **Enfermagem oncológica.**Barueri, Sp.Manole 2007

OLIVEIRA, J.A. & FARIA, S. L. **Câncer.** São Paulo-SP 2003

OTTO, S.E; **Oncologia.** Rio de Janeiro-RJ- Reichmann & Affonso Editores.2002

Organização Mundial da Saúde. Cancer: diet and physical activity's impact. Disponível em:  
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/cancer/en/print.html>  
 Acesso em: 07 outubro 2008.

PRADO.C. & SANTOS.N.S., **Reflexões sobre o processo de Humanização da Equipe de Enfermagem.** Nursing, edição Brasileira. nº 119 v 11,p.189-193 São Paulo: 2008.

PESSINI. L, **Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar.** UFpel. 2002.

PINHO,M.. Biologia **Molecular do Câncer: Fundamentos para Prática Médica.** Rio de Janeiro-RJ 2005 REVINTER.

RECCO.D.C.& CINTIA,B.L & PINTO.M.H, **O Cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo.** Arq Ciênc.Saúde 2005 abr-jun N] 12 Vol.2 P.85-90.

SALLES.C.A. & MOLINA,M.A.S & ALVEZ,N.B & MARAVILHA,C.A., **O Cuidar de uma pessoa com Câncer: Sentimentos de Familiares.** 2007.

SANTOS,M.C.L & PAGLIUCA,L.M.F & FERNANDES, A.F.C.,**Cuidados paliativos ao portador de Câncer: Reflexões sob olhar de Paterson e Zderad.** Rv Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(20)

SILVA,S.R. &AGUILLAR, O.M., **Assistência de Enfermagem em QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA.** Rio de Janeiro-RJ.EPUB,2001.

SILVA,R.M. &MELO,E.M.& RODRIGUES, M.S.P., **Família Omo suporte para a Mulher em tratamento quimioterápico.** Fam.Saúde Desenv.,Curitiba, v1, n.1/2, p.87-96, jan./dez. 1999.

SILVA,R.C.F. & HOTALE, V.A., **Cuidados Paliativos oncológicos:elementos para o debate de diretrizes nesta área.** Cad.Saúde Pública Riio de Janeiro, 22(10):2055-2066, out,2006.

Eu, João Paulo Ferreira de Lima, autorizo a consulta desta monografia na Biblioteca do Centro Universitário de Brasília para fins acadêmicos desde que citada a fonte.

O autor é titular dos direitos autorais dos documentos disponíveis neste repositório e é vedada, nos termos da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, a comercialização de qualquer espécie sem sua autorização prévia.

Brasília 22 de Junho de 2009